

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

327

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juin 1896, à 1 heure

PAR

Eugène-Albert DOUCY

Né à Homblières (Aisne), le 22 Août 1870

DU TRAITEMENT
DE
L'ECTROPION LACRYMAL
DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE
Par la Résection Triangulaire du Tarse

Président : M. PANAS, professeur.

Juges : { M. POLAILLON, professeur.
 { MM. NELATON et HARTMANN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

327

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 11 Juin 1896, à 1 heure

PAR

Eugène-Albert DOUCY

Né à Homblières (Aisne), le 22 Août 1870

DU TRAITEMENT
DE
L'ECTROPION LACRYMAL
DE LA PAUPIÈRE INFÉRIEURE

Par la Résection Triangulaire du Tarse

Président : M. PANAS, professeur.

*Juges : { M. POLAILLON, professeur.
 { MM. NELATON et HARTMANN, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	BECKER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILHAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTNER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MES PARENTS.

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

En abordant l'étude de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure, nous n'avons pas la prétention d'écrire quelque chose de bien nouveau sur ce sujet, qui a été étudié et décrit depuis longtemps.

Mais il nous a paru intéressant de chercher à étudier l'étiologie et la pathogénie de cette affection, relativement très fréquente et en même temps de passer en revue les divers modes de traitement employés jusqu'à ce jour, en y apportant un certain nombre de faits de notre observation personnelle, à la clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts, surtout pour ce qui a trait à un mode opératoire dont nous avons pu juger les excellents résultats, et qui, grâce à sa facilité d'exécution, nous a paru susceptible d'entrer dans la pratique courante, avec les plus grandes chances de succès.

Mais avant d'exposer l'objet de notre étude, qu'il nous soit permis d'offrir un public hommage à tous nos maîtres, en les priant d'agréer l'assurance de notre profonde gratitude et de notre absolu dévouement.

Nous devons un souvenir tout particulier à la mémoire vénérée du professeur Verneuil, dont l'enseignement

magistral et paternel nous a initié à l'étude de la pathologie chirurgicale.

Nous tenons à remercier M. le docteur Tuffier, M. le docteur Bucquoy, M. le docteur Schwartz, dont les leçons cliniques nous ont été des plus utiles : nous les prions d'agréer l'expression de notre reconnaissance.

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre maître des Quinze-Vingts, M. le docteur Kalt, à qui nous devons l'idée première de cette thèse et qui, depuis que nous sommes dans son service, n'a cessé de nous témoigner une bienveillance à laquelle nous sommes très sensible. Nous sommes heureux de lui en exprimer ici toute notre gratitude.

Que M. le professeur Panas veuille bien recevoir l'hommage de notre respectueuse reconnaissance, pour le grand honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.



Considérations anatomo-pathologiques

On donne le nom d'ectropion à tout renversement en dehors de la paupière supérieure ou inférieure.

Cette affection qui s'observe plus fréquemment à la paupière inférieure, peut se rapporter à deux causes principales, l'une d'origine cicatricielle, l'autre d'origine lacrymale.

Laissant de côté l'ectropion cicatriciel, nous n'étudions ici que l'ectropion lacrymal.

Dans cette forme, l'étendue et le degré de l'ectropion varient nécessairement suivant les cas.

Il existe une variété d'ectropion, assez rare du reste, que l'on peut appeler ectropion aigu.

Sous l'influence d'un catarrhe conjonctival intense, d'origine quelconque, il se produit, en même temps que le larmolement, une sorte de paralysation aiguë des fibres musculaires de l'orbiculaire, d'où très rapidement un ectropion léger dont le traitement se confondra avec celui du catarrhe, car il guérit avec lui sans la moindre intervention. La forme la plus habituelle de l'ectropion lacrymal est essentiellement chronique.

Le renversement, surtout au début, se réduit parfois à une imparfaite coaptation des deux paupières qui dans certains cas n'est visible que lorsque l'œil regarde en haut.

Dans d'autres cas, au contraire, le renversement est complet, et la partie inférieure du globe oculaire est exposée à l'air.

Entre ces deux formes il y a naturellement toute une série d'intermédiaires.

Dès qu'une cause quelconque a provoqué le larmoie-
ment il se produit par l'écoulement des larmes un clignot-
tement presque continuel des paupières qui a pour résultat
d'amener rapidement une fatigue de l'orbiculaire, lequel ne
tarde pas à ne plus appliquer les deux paupières. Peu à
peu il se produit un relâchement complet du muscle.

On voit apparaître en même temps une rétraction du
derme qui devient chroniquement enflammé ; cette rétrac-
tion est encore augmentée par l'habitude que prennent les
malades d'attirer la paupière constamment en dehors cha-
que fois qu'ils veulent essuyer les larmes ou l'humeur con-
jonctivale secrétée en plus ou moins grande abondance.

Il y a alors éversion de la paupière par sténodermie et
relâchement de l'orbiculaire.

Le premier effet de cette éversion est d'amener la dé-
viation du point lacrimonal inférieur qui ne plonge plus dans
le lac lacrymal.

Par suite de son inaction physiologique ce point se ré-
trécit, puis peut s'oblitérer et les larmes, secrétées d'ail-
leurs en plus grande abondance par suite de l'inflammation
chronique concomitante de la conjonctive et du bord libre
de la paupière, coulent très abondamment sur la joue.

L'irritation conjonctivale se propage aux glandes ci-
liaires et aux glandes de Meibomius. Des ulcérations, des
croûtes apparaissent sur le bord libre. Au retournement,
se joint l'aspect chassieux.

Certains auteurs ont donné à cette variété, que l'on observe le plus fréquemment chez les vieillards, le nom d'ectropion musculaire.

L'écoulement continuel des larmes ne tarde pas à produire à son tour une affection eczémateuse de la peau, qui devient luisante, se rétracte de plus en plus et concourt ainsi à exagérer l'ectropion.

La conjonctive tarsienne et bulbaire, continuellement exposée à l'air, se gonfle, devient chémotique et forme un bourrelet qui encadre la cornée et peut même finir par empiéter sur cette membrane.

Lorsque cet état de choses se maintient pendant un certain temps, sans que l'on ne cherche à y remédier, la cornée, privée de la sécrétion continuelle des larmes qui, à l'état normal, la mettent à l'abri de l'air ambiant et des corps étrangers de toutes sortes, qui sont en suspens dans l'atmosphère, devient un *locus minoris resistentiæ* et se trouve dans les conditions les plus favorables à l'infection.

Il en résulte très rapidement des érosions cornéennes, puis des abcès avec infiltration, ulcères à hypopion, et si le stade pathologique continue à évoluer, panophtalmie avec les graves conséquences qu'elle entraîne ; car le tarse qui s'est ramolli et allongé dans le sens transversal, continue à opérer son mouvement de bascule, en entraînant avec lui la conjonctive qui, sous l'influence de la poussée infectieuse, augmente son boursoufflement et ne fait qu'étendre le champ inflammatoire.

C'est quand les choses se sont ainsi passées, qu'il nous arrive de voir à la clinique, et cela malheureusement trop fréquemment, des malades habitant la campagne, qui

se présentent avec des paupières totalement ectropionnées et des leucomes adhérents souvent bilatéraux, pour le traitement desquels les ressources chirurgicales sont bien minimes, alors qu'il eût été si facile d'enrayer la maladie, par le traitement du larmolement et du renversement, de la paupière.

Il en résulte donc qu'en présence de tout ectropion consécutif à un larmolement, le traitement s'impose et doit être institué rapidement.

Quel sera le traitement le plus rationnel ?

Remédier à la bascule du tarse, en lui faisant subir un mouvement en sens inverse.

Par quel procédé ? Telle est la seconde question qui se pose et que nous allons maintenant essayer de résoudre.



Etiologie, Pathogénie

Par quel mécanisme se produit l'ectropion ?

Nous avons vu précédemment qu'il se produisait au début une rétraction du derme incessamment baigné par les larmes et chroniquement enflammé.

Mais cette cause est loin d'être suffisante pour expliquer le renversement en dehors de la paupière, car il existe d'autres lésions intéressant les tissus sous-jacents, et ce qui le prouve, c'est que l'ectropion persiste, même si l'on parvient à tarir complètement le larmolement.

Il eut été très intéressant de pouvoir faire par une biopsie une étude microscopique et macroscopique des lésions de la paupière ectropionnée ; il nous a malheureusement été impossible de le faire.

Quoi qu'il en soit, il est une lésion que l'on peut affirmer à coup sûr : c'est l'état atrophique de la fibre musculaire.

En effet, si tenant entre les doigts la paupière ectropionnée, on la fait relever en priant le malade de fermer les yeux, c'est à peine si l'on sent sous le doigt une légère contraction tandis que pour une paupière saine placée dans les mêmes conditions, la contraction des fibres musculaires de l'orbiculaire est perçue avec une bien plus grande intensité.

D'autre part, si l'on veut expérimentalement vérifier cet état atrophique, on peut recourir aux courants induits

qui ne produiront qu'une contraction à peine perceptible bien en rapport avec un état de paralysation et d'atrophie des fibres musculaires de l'orbiculaire et du muscle de Riolan.

En résumé, le larmolement, puis le clignotement de la paupière fatiguant l'orbiculaire dont les fibres musculaires se relâchent et s'atrophient concourent à la production de l'ectropion que favorisent la rétraction de la peau et du derme, le gonflement de la muqueuse conjonctivale et la conjonctivité chronique, conséquence du larmolement.



Traitement

Notre intention n'est pas de faire ici l'historique complet du traitement de l'ectropion lacrymal.

Depuis Celse et Paul d'Egine jusqu'à l'époque actuelle, on voit apparaître dans la littérature médicale un grand nombre de procédés opératoires exécutés avec des succès divers, tour à tour préconisés puis rejetés dont quelques-uns sont restés dans la pratique après avoir subi de notables modifications et dont les autres sont tombés complètement dans l'oubli.

Ce qui frappe lorsqu'on parcourt cette longue liste de méthodes opératoires, c'est le manque absolu de règles fixes et d'indications nettement tracées.

La même opération employée aveuglément pour des cas dissemblables, donnait des résultats complètement différents, d'où enthousiasme chez les uns et découragement chez les autres.

Passant en revue les procédés opératoires les plus fréquemment employés et examinant la valeur respective de chacun d'eux, nous allons voir s'il n'en reste pas un qui, par sa simplicité, sa facilité d'exécution et surtout ses excellents résultats, ne doivent pas être employé comme méthode de choix.

Le procédé dit de la résection triangulaire du tarse nous paraît répondre à ces indications.

I. — Une méthode déjà ancienne et qui dans un récent Congrès d'Ophthalmologie a été de nouveau préconisée

consiste simplement à pratiquer des cautérisations profondes, à l'aide du thermocautère, ou mieux du galvanocautère sur la surface de conjonctive ectropionnée.

On trace un certain nombre de raies de feu parallèles partant du fond du cul-de-sac conjonctival et allant rejoindre le bord libre, et cela sur toute l'étendue du renversement de la paupière, que l'on a même soin de dépasser un peu.

La rétraction du tissu cicatriciel fait basculer le tarse et doit ainsi corriger l'ectroption.

Ce procédé a le défaut de ne corriger le renversement de la paupière que d'une façon très approximative ; il présente encore un grand inconvénient : c'est qu'il détermine un gonflement énorme de la paupière, en même temps qu'une suppuration longue et abondante (Observation VIII).

Cet état inflammatoire est également favorisé par l'état de la conjonctive déjà chroniquement enflammée par le larmolement ; il devient capable de se propager à la cornée dont l'épithélium est toujours plus ou moins altéré ; à plus forte raison quand il existe de véritables ulcérations de la cornée.

II. — Les sutures de Snellen se font de la façon suivante :

Une aiguille courbe est passée à chaque extrémité d'un fil de soie ; on la fait pénétrer au point le plus culminant du bourrelet muqueux anormalement retourné pour cheminer sous la peau de façon à aller sortir à deux centimètres au-dessous du bord libre de la paupière inférieure.

Avec l'autre aiguille on exécute absolument la même manœuvre.

Les deux points d'entrée des aiguilles, sur la conjonctive doivent être distants d'un centimètre environ.

Les deux points de sortie sur la joue seront situés à $1/2$ centimètre l'un au-dessous de l'autre.

Cela fait, on tire sur chaque extrémité du fil, de manière à appliquer exactement et à serrer l'anse sur la conjonctive.

Il se produit ainsi un mouvement de bascule du cartilage tarse, de bas en haut et d'avant en arrière.

Pour que les extrémités du fil ne coupent pas le tégument de la joue, on interpose entre eux un petit tampon de coton hydrophile sur lequel on les lie.

Un seul point de suture étant presque toujours insuffisant, on place 2 ou 3 anses verticales sur la paupière inférieure pour compléter la correction.

On applique ensuite un pansement compressif.

On enlève les sutures au bout de 4 jours.

Le reproche que l'on peut adresser à ce procédé, c'est qu'il ne redresse jamais complètement la paupière et surtout, c'est que l'ectropion se reproduit très rapidement dès que les sutures sont enlevées. (Observations IV, VI, VII, VIII). De plus, malgré les pansements antiseptiques fréquemment renouvelés, il survient très souvent un gonflement cedémateux de la paupière avec écoulement de pus par le trajet du fil, complication qui peut amener les plus graves désordres.

III.— Le procédé de Dieffenbach consiste à circonscrire un lambeau cutané triangulaire de 6 à 8 millimètres à base horizontale et contigüe par son extrémité interne à la com-

missure externe de l'œil, lambeau qu'on dissèque et qu'on enlève dans sa totalité.

On incise alors la commissure et l'on dégage la paupière par des sections qui longent sa face profonde, puis on avive le bord de la paupière renversée, à partir de l'angle externe dans une étendue égale à celle de la base du triangle détaché. La paupière est alors portée en dehors et on applique des points de suture.

Dans cette opération, tout consiste à porter en dehors l'angle externe de la paupière qu'on peut même remonter ou descendre à volonté en donnant à la base du lambeau qu'on excise une position plus ou moins inclinée.

Ce mode opératoire, d'une exécution difficile et délicate, ne donne pas une correction bien satisfaisante, son principal défaut est de ne pas corriger l'éversion de la moitié interne de la paupière. Il ne suffit pas de raccourcir cette paupière, il faut la redresser.

IV. — Adams enlève au milieu de la paupière un lambeau triangulaire dont la base correspond au bord libre et dont le sommet est tourné vers la joue. Ce lambeau comprend toute l'épaisseur du tégument, du cartilage et de la muqueuse, l'étendue de la base du triangle était proportionnelle à celle de la déformation. La plaie est fermée par quelques points de suture, et on a soin de placer une épingle près du bord libre de la paupière.

Dans ce procédé, le muscle orbiculaire se trouve sectionné transversalement. Un colobome indélébile de la paupière sera la conséquence forcée de cette pratique

V. — Ammon place le lambeau triangulaire dans une

position telle que son côté externe soit le prolongement de la commissure externe.

Ces deux méthodes sont non seulement insuffisantes, mais elles provoquent une coaptation vicieuse, la formation d'une cicatrice bosselée et surtout exposent à une grave complication, le colobome de la paupière.

VI. — Un procédé qui, actuellement, est fréquemment employé est celui de Szymanowski.

La peau de la commissure externe étant bien tendue et attirée en dehors, on circonscrit avec un bistouri un lambeau ayant la forme d'un triangle allongé. La base du triangle partant de l'angle externe est très oblique en haut et en dehors et semble située sur le prolongement du bord libre de la paupière inférieure renversée. Les deux autres côtés du triangle, très rapprochés l'un de l'autre forment en se rencontrant un angle très aigu.

Saisissant le lambeau triangulaire avec une petite pince à griffes, on achève de le réséquer par la dissection. On a alors sous les yeux une plaie allongée, saignante qui va permettre de faire glisser la paupière inférieure en la relevant.

Après résection du lambeau, on avive le bord libre à l'aide du bistouri ou des ciseaux, puis on détache l'angle de la paupière inférieure de toutes les adhérences qui la fixent au niveau de la commissure et on l'attire fortement en haut jusqu'à ce que le bord libre soit rectiligne.

La paupière inférieure mobilisée, il faut la relever et la porter en haut et en dehors dans l'espace triangulaire laissé libre par la résection du lambeau, puis on la fixe avec des sutures.

Ce procédé, seul ou combiné aux sutures de Snellen, ne donne pas toujours un bon résultat. car il est souvent très difficile de fixer l'angle de la paupière inférieure dans l'angle supérieur du triangle avivé ; quand la partie déviée est située à la moitié interne, ce qui est presque la règle, il n'y a presque pas de redressement (observation I).

Il est juste de reconnaître cependant à ce procédé une grande valeur. Son efficacité, dans beaucoup de cas, est incontestable. Mais il ne répond toujours pas à cette indication majeure qui se pose si souvent dans l'ectropion sénile : le redressement de la moitié interne ; souvent seule ectropionnée de la paupière.

On a aussi employé la suture des paupières pour corriger l'ectropion total ; mais ce procédé, supprimant l'usage de l'œil, ne peut être utilisé pour tous les cas d'ectropion, et son usage doit être excessivement restreint.

Suivant le même ordre d'idées, on a également proposé la tarsorrhaphie partielle, médiane ou latérale, qui consiste dans la formation d'un pont jeté d'une paupière à l'autre au point le plus éversé de la fente palpébrale.

Pour cela, on avive la lèvre meibomienne des bords palpébraux en respectant la peau et les cils, et on applique deux points de suture à la soie fine. On fait l'occlusion de l'œil à l'aide d'un bandage compressif et on enlève les fils le 4^e ou 5^e jour.

Ce procédé, qui est plutôt applicable au traitement de la lagophtalmie paralytique pour laquelle il donne de bons résultats, ne remédie pas à l'ectropion de la moitié interne de la paupière ; et, habituellement, dès que la bride cen-

trale est supprimée, la paupière reprend sa position vicieuse antérieure.

En présence des insuccès nombreux ou des résultats médiocres et peu durables par les diverses méthodes précédentes et s'inspirant des travaux de Kuhnt et Muller, mon maître, M. le docteur Kalt fut amené à traiter l'ectropion lacrymal, par un procédé spécial, la *résection triangulaire du tarse*, qui nous allons décrire un peu plus longuement.



Résection triangulaire du Tarse

Procédé de Kuhnt.

Avant l'opération, on détermine approximativement la longueur du lambeau de tarse à exciser en pinçant la paupière entre les doigts. La base du triangle a une étendue de 5 à 10 m/m variable selon l'étendue et le degré de l'ectropion.

Pour pratiquer l'hémostase on applique la pince à paupière de Knapp, la branche étroite de la pince pénétrant jusque dans le cul de sac conjonctival.

L'incision se fait au milieu du bord palpébral. Se servant de la lance coudée, on l'introduit dans le bord intermarginal contre la face externe du cartilage et on donne à l'incision la longueur que l'on a déterminé au préalable par le procédé énoncé précédemment.

La paupière ainsi divisée a deux lèvres une lèvre tarsienne et une lèvre musculo-cutanée.

La lèvre tarsienne est incisée en suite par deux incisions en V partant du bord palpébral et se réunissant au fond du cul de sac conjonctival; et le fragment de tarse compris dans ce triangle est excisé.

On applique alors 2 ou 3 points de suture que l'on passe dans le tarse en commençant par le fond du cul de sac et l'on enlève la pince hémostatique avant de serrer les

fil. La déviation se trouve ainsi corrigée mais il reste une saillie cutanée proéminent en avant.

Les fils sont enlevés le 4^e jour.

Kuhnt employait cette opération surtout contre l'ectropion de la moitié interne de la paupière (éversion du point lacrymal) mais ce procédé est avantageux dans tous les cas de relâchement de la paupière, ainsi que pour le traitement de l'ectropion cicatriciel. Naturellement, dans ce dernier cas, il faut avoir recours en même temps à une autoplastie. Il n'est appliqué qu'à la paupière inférieure.

Pour prévenir la formation de la saillie cutanée, Muller prolonge l'incision vers l'angle externe d'une longueur égale à celle de la base du triangle de tarse à exciser. Avec l'incision on fait le dédoublement de la paupière et le lambeau triangulaire tarsien est excisé comme dans le procédé Kuhnt.

4 à 5 sutures sont alors appliquées de façon à unir surtout la moitié extérieure du tarse restant avec les parties plus médianes de la lèvre extérieure de l'incision.

Les sutures ne sont donc plus passées uniquement dans le tarse mais prendront seulement le segment externe du tarse pour sortir le long du bord libre de la lèvre externe de la paupière.

On évite par ce moyen la formation du bourrelet.

Une seule suture traverse les 2 lèvres du tarse au fond du cul-de-sac et les accole l'une à l'autre.

L'emploi de la pince à paupière de Knapp n'est pas indispensable ; et bien plus il serait plutôt gênant, car il empêche l'incision triangulaire d'aller jusque dans le fond du cul-de-sac conjonctival, chose absolument importante.

D'autre part, la réaction produite par la compression

faite sur la paupière inférieure amène un chémosis bien gênant lorsqu'on pratique l'excision en faisant l'hémotase avec les doigts.

Ainsi donc, après aseptie de la région et installation de quelques gouttes de cocaïne on saisira entre le pouce et l'index de la main gauche la paupière inférieure ectropionnée et on procédera au dédoublement de la paupière, à l'excision du tarse et à la suture, comme il a été décrit plus haut. L'hémotase est assurée par la compression de la paupière entre le pouce et l'index. Pour ne pas compliquer l'opération, on remplacera la modification de Muller, qui dans un cas tout récemment observé, avait provoqué après l'opération une tendance à l'ectropion de la moitié externe du tarse, par le procédé suivant qui consiste à faire l'excision pure et simple du petit bourrelet cutané et à placer un petit point de suture superficiel, qu'on enlèvera en même temps que les fils servant à suturer le tarse.

En procédant de cette façon nous avons eu à la clinique des Quinze-Vingts d'excellents résultats, comme le prouveront les quelques observations que nous avons rapportées ici et prises au milieu d'une foule d'autres tout aussi concluantes. La réaction post-opératoire est très faible ; il n'y a pas d'œdème inflammatoire de la paupière, le gonflement de la muqueuse palpébrale est très léger et on ne s'expose pas à des accidents secondaires, érisypèle, sphacèle du lambeau, comme on peut l'observer quelquefois dans les opérations d'autoplastie.

D'autre part il a été possible de pratiquer consécutivement et peu de temps après le redressement des paupières, des opérations telles que extractions de cataracte, iridectomies, qui n'ont provoqué aucun phénomène d'infection et

dont les suites ont été des plus normales (Observations III et X).

Il est une opération complémentaire qui pourra suivre ou plutôt précéder la résection triangulaire du tarse : c'est l'incision du point lacrymal inférieur faite en arrière, et non en haut, à l'aide du couteau de Weber, suivie du cathétérisme des voies lacrymales.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Malapel François, 59 ans, vannier, 171 rue d'Allemagne.

13 *Février* 1892. — O D Larmolement avec ectropion de la paupière inférieure plus accentuée dans la moitié interne.

On lui fait l'opération de Szymanowski.

Résultat médiocre.

5 *Novembre* 1894. — Le malade se présente de nouveau à la consultation avec une récurrence.

L'ectropion est très notable à droite du côté où a été fait le Szymanowski.

La cornée présente une ulcération assez étendue.

A gauche ectropion léger.

7 *Novembre* 1894. — O D Résection du tarse. Pansement.

14 *Novembre* 1894. — Redressement très satisfaisant.

Il n'y a pas d'encoche ni de saillie cutanée appréciable.

OBSERVATION II (Personnelle)

Message Célestine, 68 ans. Lesches (Seine-et-Marne).

13 Juillet 1893. — O D Dacryocystite ancienne.

Ulcère infectieux de la cornée avec perforation.

Ectropion de la paupière inférieure. Raie de feu au thermo-cautère.

23 Novembre 1893. — Iridectomie O D.

30 Mars 1894. — Ablation du paroi antérieur du sac.

27 Avril 1895. — Résection triangulaire du tarse.

1^{er} Mai. — Résultat insuffisant.

Résection triangulaire de l'angle interne du tarse.

10 Mai. — Bon résultat.

OBSERVATION III (Personnelle)

Jugean Pierre, 70 ans, journalier, 144, rue Danremont.

16 Juin 1894. — O D Larmolement ancien. Ectropion de la paupière inférieure très accentué à la partie médiane.

Cataracte complète. Œil hypotone T-1. Réflexe lumineux faible.

Faible perception lumineuse surtout en bas. Peut-être décollement rétinien.

O G Larmolement et ectropion de la paupière inférieure.

Opacités cristalliniennes.

17 *Juin*. — Incision des 2 points lacrymaux.

20 *Juin*. — O D Excision triangulaire de la région médiane du tarse. 2 points de suture.

25 *Juin*. — O G Excision triangulaire du tarse et sutures.

30 *Juin*. — On enlève les fils des 2 côtés.

7 *Août*. — Très bon résultat des 2 côtés, mais il reste une petite nodosité.

20 *Septembre*. — Le malade revient à la consultation pour se faire extraire sa cataracte.

Le redressement de la paupière par la résection triangulaire s'est parfaitement maintenu ; les petites nodosités ont complètement disparu.

OBSERVATION IV (personnelle)

Royer Dèstré, 38 ans, menuisier. Clamecy

1^{er} *décembre* 1894. — O D Large taie cornéenne, myopie moyenne.

O G Large leucôme adhérent avec staphylôme.

L'opacification de la cornée est due à un larmoiement ancien qui a amené en même temps un ectropion assez notable des deux paupières inférieures.

14 *janvier* 1895. — O G Opération de Critchett.

23 *janvier* 1895. — O D Sutures de Snellen.

Février 1895. — Il reste toujours un certain degré d'ectropion.

4 *mars* 1895. — O D Résection triangulaire du tarse dont le résultat paraît meilleur. Le malade quitte la clinique.

OBSERVATION V (Personnelle)

Chopin Basile, 52 ans, berger. Poigny (Seine-et-Oise)

19 mars 1895. — Larmoiement ancien des deux yeux remontant à environ 3 ans.

Ectropion de la paupière inférieure accentué dans la moitié interne du côté gauche.

La cornée droite est intacte, mais à gauche existe une vaste ulcération en coup d'ongle à la partie inférieure.

20 mars 1895. — O G Sutures de Snellen et résection triangulaire du tarse.

22 avril 1895. — Le redressement de la paupière de l'œil gauche est complet. Les deux paupières s'adaptent parfaitement lorsque le malade ferme les yeux. Il reste une taie non centrale dont le malade n'est pas incommodé.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Voyeux Crépin, 74 ans, géomètre. Ciry-Salsogne (Aisne)

13 avril 1895. — O D Kératite à hypopion survenue à la suite d'une infection cornéenne consécutive à un vieux larmoiement.

O G Dacryocystite chronique.

Myopie forte avec lésions maculaires, corps flottants dans le corps vitré.

Larmolement ancien avec éversion de la paupière inférieure.

24 avril 1895. — O G Sutures de Snellen.

L'éversion de la paupière inférieure persiste.

8 mai 1895. — Le malade revient à la clinique porteur d'un ectropion léger de la paupière inférieure. Résection triangulaire du tarse.

15 mai 1895. — Guérison. L'ectropion est complètement corrigé par la dernière intervention.

OBSERVATION VII (Personnelle)

*Bottelier Julien, 69 ans, marchand ambulant,
46, rue Branlôme.*

14 mai 1895. — Le malade se présente à la clinique avec un larmolement des deux yeux remontant, dit-il, à 7 ans.

On constate un ectropion considérable des deux paupières inférieures.

Pas d'ulcérations cornéennes.

13 mai 1895. — Sutures de Snellen.

20 mai. — Résultat insuffisant ; l'ectropion persiste.

29 mai. — Résection triangulaire du tarse des deux côtés.

8 juin. — Résultat très bon. Le malade sort guéri.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

Mahaut Nicolas, 62 ans, tailleur, impasse Haxo.

2 juin 1895. — O. G. Larmolement ancien avec légère éversion de la paupière.

O. D. Erosion cornéenne, ectropion complet de la paupière inférieure.

4 juin. — Raies de feu au thermo-cautère partant du fond du cul de sac et allant parallèlement au bord libre.

6 juin. — Gonflement de la paupière et sécrétion assez abondante. Puis on complète l'opération par quelques points de suture de Svellen et un débridement avec le couteau de Weber.

Résultat médiocre. Le malade quitte la clinique.

OBSERVATION IX (Personnelle)

Gramond Anloine, 73 ans, cultivateur à Combailier (Corrèze)

21 janvier 1896. — Larmolement ancien des deux yeux remontant à plusieurs années.

A droite, leucome adhérent très étendu, inopérable.

A gauche, leucome adhérent étroit et siégeant à la partie inférieure de la cornée. Peut à peine se conduire.

3 février. — O. G. Ablation de la paroi antérieure du sac et résection triangulaire du tarse, deux points de suture du côté de la conjonctive, un point de suture de la peau.

10 février. — Bon résultat à gauche.

Résection triangulaire du tarse à droite.

24 février. — L'ectropion des deux paupières est entièrement corrigé et on peut procéder à une iridectomie optique du côté gauche.

11 mars. — Le malade sort guéri quant à son ectropion et amélioré quant à la vision.

OBSERVATION X (Personne

*Pacaut Claude, 67 ans, journalier. Maison Dieu à Losne
(Côte-d'Or)*

11 février 1896. — Entre aux Quinze Vingts avec :

O D Larmolement ancien (3 ans) avec dacryocystite et large ectropion de la paupière inférieure. Cataracte complète.

O G Larmolement. Ectropion de la paupière inférieure un peu moins accentué qu'à droite. Léger dépoli épithélial de la cornée. Cataracte complète.

12 février 1896. — Résection triangulaire du tarse des deux côtés, deux points de suture dans le tarse, un point de suture superficiel après excision d'un bourrelét cutané faisant saillie.

O D Incision du sac qui est fortement dilaté.

19 février 1896. — O G La correction est parfaite ; les deux paupières coaptent très bien. On enlève les fils.

24 février 1896. — Désinfection du cul de sac conjonctival par une irrigation avec une solution de permanganate de chaux à 1/3000.

Extraction de la cataracte avec suture de la cornée suivant le procédé du docteur Kalt.

26 février 1896. — Bon résultat opératoire, pas de sécrétion.

29 février 1896. — Résultat excellent.

2 mars 1896. — O D Désinfection du cul de sac conjonctival suivie d'extraction de la cataracte avec suture épisclérale de la cornée.

5 mars 1896. — O D Bon résultat. Pas d'iritis. Pas de masses molles.

7 mars 1896. — O D Pas d'iritis, pas de sécrétion.

17 mars 1896. — Résultat excellent pour la résection triangulaire du tarse et l'extraction de cataracte ; le malade sort guéri.

OBSERVATION (Résumée)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Panas

Homme de 67 ans, garçon de café, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu avec un larmolement ancien, et un large ectropion des deux paupières inférieures.

A droite, où l'ectropion est le plus accentué la cornée a été complètement détruite par un ulcère infectieux consécutif à une dacryocystite non traitée.

M. le Professeur Panas pratique le redressement de la paupière inférieure droite suivant la méthode de Kuhnt. Le résultat a été excellent.

OBSERVATION XI (Personnelle)

Sarlandie Pierre, 66 ans, maréchal.

21 avril 1896. — Se présente à la consultation des Quinze-Vingt avec :

O. D. Conjonctivite légère.

O. G. Larmolement ancien remontant à environ deux ans. Conjonctive très rouge et boursoufflée ; peau enflammée, eczémateuse. Beaucoup de cils ont disparu.

Ectropion de la paupière inférieure très accentué à la partie médiane.

Large ulcération de la cornée en coup d'ongle.

Lagophthalmie paralytique.

22 avril. — O. G. Redressements de la paupière par la résection triangulaire du tarse. Trois points de suture.

Excision du petit bourrelet cutané ; un point de suture superficiel. Pansement.

25 avril. — Pas de réaction. Le redressement de la paupière est excellent.

27 avril. — On enlève les fils.

30 avril. — Très bon résultat. Le malade sort guéri de son ectropion ; l'ulcération cornéenne est tout à fait cicatrisée.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Auroux Antoine, 80 ans, à Mazille (Saône-et-Loire).

15 novembre 1892. — Se présente à la consultation avec :

O. G. Cataracte complète. Réaction lumineuse faible.

O. D. Normal. Conjonctivite des deux yeux. Larmoiement.

Légère éversion du point lacrymal inférieur du côté gauche.

Cathétérisme.

20 novembre. — Extraction de la cataracte.

23 novembre. — La chambre antérieure n'est pas absolument reformée.

25 novembre. — Iritis légère.

5 décembre. — Le malade quitte la clinique, sans qu'on ait pu lui déterminer de verres.

2 mai 1896. — Le malade se présente de nouveau à la consultation des Quinze-Vingt.

Etat actuel. — O. D. Opacités cristalliniennes.

On voit bien le fond d'œil. Compte bien les doigts à 4 mètre.

O. G. Le larmoiement a persisté. Cils collés en pinceau.

Muqueuse palpébrale rouge et gonflée : conjonctive oculaire injectée.

Large ectropion de la paupière inférieure.

Pas d'ulcérations cornéennes.

La vision n'a pas été améliorée par la précédente intervention.

A l'examen ophtalmoscopique, on constate un large décollement de la rétine en bas. Le malade est hospitalisé.

4 *mai*. — O. G. Résection triangulaire du tarse. Trois points de suture.

Le bourrelet cutané est à peine visible.

Cathétérisme des voies lacrymales précédé de l'incision en arrière du point lacrymal inférieur.

9 *mai*. — Bon résultat, Très faible réaction.



CONCLUSIONS

Une des méthodes qui nous paraît la plus rationnelle pour le traitement de l'ectropion lacrymal de la paupière inférieure est celle qui consiste à pratiquer la résection triangulaire du tarse.

Ce procédé peut s'appliquer à tout ectropion lacrymal, quelle que soit sa situation, puisque la résection se fait au point le plus renversé.

Le procédé est également applicable au traitement de l'ectropion cicatriciel à condition d'être combiné avec une autoplastie.

Sa simplicité, sa facilité d'exécution et ses excellents résultats sont tels qu'il serait désirable de le voir se vulgariser et entrer dans la pratique courante.

Vu :

Le Président,
PANAS.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Adam W. — Practical observation on ectropium or eversion of the Eye. lids With the description of a new operation fort the cure of that disease. London 1814.

Walther. — Syst. der chir. t. VI 1828.

Dieffenbach. — Ruts magazin. Band XXX 1830.

France A. — The Lancet et bulletin de therap. Paris 1850 t. XXX p. 171.

Cruveilhér. — De l'ectropion, thèse d'agrégation. Paris 1866.

Szymanowski. — Handb. der. opérat. Chirurgie Braunschweig 1870 S. 243. Graafe u Sæmisch Handb. t. III p. 466.

Snellen. — Zehender's Klin monatsblätter für Augenheilkunde 1872.

De Graafe. — Arch. f. Opht. IX 1 p. 2.

Kuhnt. — Congrès de Heidelberg 1891. Beiträge zur operativen augenheilkunde.

Müller. — Klin Mbl 1894 p. 345.

Czermak. — Die Augenartzlichen operationen p. 204, 1893.

Panas. — Traité des Maladies des yeux t. II p. 156.

